

прооперированных, чем у повторно и трижды: 2,77 балла против 1,71 балл и 1,58 балла.

2. Количество пациенток, получивших обезболивающие средства на момент исследования, больше в первой группе, чем во второй и третьей.

#### **Литература:**

1. Овечкин, А.М. Послеоперационная боль: состояние проблемы и современные тенденции послеоперационного обезболивания / А.М. Овечкин // Регионарная анестезия и лечение острой боли. – 2015. – Т. 9, № 2. – С. 29.

2. Неймарк, М.И. Современные подходы к обезболиванию самопроизвольных родов / М.И. Неймарк, В.Ю. Геронимус // Анестезиология и реаниматология. – 2016. – № 6. – С. 13–16.

3. Харченко, Ю.А. Адекватная оценка боли – залог ее успешного лечения / Ю.А. Харченко // Universum: Медицина и фармакология : электрон. научн. журн. – 2014. – № 4. – С. 3.

### **УДК 618.33**

#### **ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА**

**Ковалёв Е.В., Арестова И.М., Занько Ю.В., Дедуль М.И., Дейкало Н.С., Земцова А.В.**  
*УО «Витебский государственный медицинский университет»*

**Актуальность.** Задержка роста плода (ЗРП) – осложнение беременности, сопровождающееся не только повышением перинатальной смертностью, но влияющее на здоровье маловесных детей в зрелом возрасте [1, 2].

**Цель.** Определение факторов риска формирования задержки роста плода, а также факторы риска возникновения перинатальной патологии у новорождённых с гипотрофией.

**Материал и методы исследования.** Были проанализированы исходы родов 1723 пациентов родового отделения УЗ «ВГКБСМ» за 2017 год. Основную группу составили 50 женщин, дети которых родились с массо-ростовыми характеристиками ниже 10% для соответствующего гестационного срока согласно центильным таблицам Н.К.Р. Робертсон (1998). В контрольную группу вошли 1673 пациентов, чьи новорождённые соответствовали сроку гестации по массе и длине тела. Данные статистически обработаны с помощью ППСИ «Statistica 6.0». Для показателей с нормальным распределением результаты представлены в виде  $M \pm s$ , где  $M$  – среднее значение,  $s$  – среднее квадратичное отклонение, вычисленные отношения шансов (ОШ) представлены с указанием 95% доверительного интервала. Возраст пациентов основной группы составил  $25,8 \pm 4,6$  года, контрольной –  $26,8 \pm 4,9$  года,  $p > 0,05$ . Первородящими в основной группе были 34 пациента (68% случаев [95% ДИ 53,30-80,48]), в контрольной – 1036 женщины (64% случаев [95% ДИ 60,14-64,86]). Повторнородящими в основной группе являлись 16 женщин (32% случаев [95% ДИ 19,52-46,70]), в контрольной группе – 621 пациент (36% случаев [95% ДИ 35,14-39,86]). Статистически значимых различий по данным показателям отмечено не было ( $p > 0,05$ )

**Результаты исследования.** Досрочно были родоразрешены 6 пациентов первой группы (12% [95% ДИ 4,53-24,31]) и 14 пациентов из второй группы (0,84% [95% ДИ 0,46-1,40]). ОШ преждевременного родоразрешения при наличии гипотрофии плода составило 16,1 [95% ДИ 5,9; 44,0],  $p = 0,0001$ . Данный факт объясняется расширением показаний для досрочного родоразрешения при наличии ЗРП. Путем операции кесарева сечения были родоразрешены 23 пациента первой и 317 второй групп, что составило 46% [95% ДИ 31,81-60,68]) и 18,3% [95% ДИ 16,91-20,71]) соответственно, ОШ оперативного родоразрешения составило 5,0 [95% ДИ 2,9; 9,0],  $p = 0,0001$ . Следует отметить, что диагноз

плацентарной недостаточности (ПН) на основании клинико-инструментального обследования был выставлен 45 женщинам (90% случаев [95% ДИ 78,19-96,67]) основной группы и 762 пациентам (45,5% случаев [95% ДИ 43,11-47,91]) группы контроля. ОШ развития ПН при формировании ЗРП составило 10,7 [95% ДИ 4,2; 27,2],  $p=0,0001$ . Высокая частота выставления диагноза ПН обусловлена, в том числе, размытостью критериев данного осложнения беременности и диктует необходимость уточнения объективных признаков ПН. Хроническая гипоксия плода наблюдалась также у 45 пациентов (90% случаев [95% ДИ 78,19-96,67]) основной группы и у 766 пациентов (45,8% случаев [95% ДИ 43,35-48,18]) в контрольной группы. ОШ составило 10,6 [95% ДИ 4,2; 27,0],  $p=0,0001$ . С диагнозом преждевременная отслойка плаценты зафиксировано 2 пациента (4% [95% ДИ 0,49-13,71]) в основной группе и 6 пациентов (0,36% [95% ДИ 0,13-0,78]) в группе контроля. ОШ формирования данного осложнения беременности составило 11,5 [95% ДИ 2,28; 59,0],  $p=0,0032$ .

#### **Выводы.**

1. Формирование ЗРП сопровождается повышением частоты преждевременных родов (ОШ=16,1) и оперативного родоразрешения у пациентов с ЗРП (ОШ=5,0), также увеличением у данной группы количества случаев хронической гипоксии плода (ОШ=10,6) и диагностированной ПН (ОШ=10,7).
2. Статистически значимо более частое возникновение преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты в группе ЗРП (ОШ=11,5) подчёркивает общую этиологическую природу этих осложнений гестации – неполноценную плацентацию.

#### **Литература:**

1. Barker, D. J. The fetal origins of adult hypertension / D. J. Barker // J. Hypertens. – 1992. – Vol. 10, № 7. – Suppl. – P. 39–44.
2. Birth weight and cognitive function in early adulthood: the Australian Aboriginal birth cohort study / M. S. Pearce [et al.] // J. Dev. Orig. Health Dis. – 2014. – Vol. 5, № 3. – P. 240–247.

**УДК 618.1:616-08**

### **АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОК С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

***Кононенко И.С., Жукова Н.П., Аверченкова А.А.***

**УО «Витебский государственный медицинский университет»**

**Введение.** Недифференцированная дисплазия соединительной ткани (НДСТ) - наследственный синдром, обусловленный усилением процесса дегградации и нарушением синтеза белка коллагена, являющегося основным структурным компонентом соединительной ткани. Распространенность данного синдрома среди лиц молодого возраста достигает 80%, что обуславливает актуальность изучения роли аномального состояния соединительной ткани у женщин репродуктивного возраста в генезе осложнений беременности и родов [1]. Шейка матки является фиброзным органом, содержание соединительной ткани в котором составляет 75%-80%, а при ИЦН снижается до 40%, что проявляется ранним укорочением и размягчением шейки матки, развитием ее функциональной недостаточности [2].

Системность поражения соединительной ткани при недифференцированной дисплазии, генерализованный его характер, дает основание предполагать негативное воздействие НДСТ на запирательную функцию шейки матки во время беременности и